


Pain Journal



Diario Guidato di 30 Giorni



Ibrido

Creato con LoomJournals

Come Usare Questo Diario

Benvenuto nel tuo diario! Ecco alcuni consigli per sfruttarlo al meglio:

1 Dedica qualche minuto ogni giorno alla scrittura

2 Sii onesto e scrivi liberamente senza giudicarti

3 Cerca di scrivere alla stessa ora ogni giorno per creare un'abitudine

4 Rileggi le tue annotazioni settimanalmente per notare gli schemi

-
- Rate your pain level on the 1-10 scale and note the location and type of pain
 - Record the duration of pain episodes and check off medication and exercise
 - Rate your mood, sleep quality, and stress level to capture the full picture
 - Write about your pain experience, possible triggers, and what helped or made it worse
 - Describe how pain affected your daily activities, work, and social life



Scansiona per una guida dettagliata su come usare questo diario

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*

Data: _____

Livello di dolore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Localizzazione del dolore: _____

Tipo di dolore: _____

Durata: _____

Umore (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Qualità del sonno: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Livello di stress (1-10): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Farmaci:

Esercizio:



Note sul dolore *(descrivi la tua esperienza del dolore oggi — come ti è sembrato, quando è iniziato, come...*

Fattori scatenanti *(cosa ha causato questi sentimenti? eventi, persone, pensieri)*

Cosa ha aiutato *(cosa ha portato sollievo? annota cosa ha funzionato così puoi usarlo di nuovo quando l'a...*
